Rok LV. Kraków, 15. lipca 1916. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału wewnętrznego II. szpitala powszechnego we Lwowie.

Okres wylęgania (stadium incubationis et prodromorum) duru plamistego.

Podał

Antoni Gluziński.

Podług dotychczasowych spostrzeżeń okres wylęgania duru plamistego, jak wiemy, trwa od 4—14 dni, najczęściej 8—12. Spostrzeżenia o jednodniowym okresie wylęgania (Murchison, Gerhardt), lub o $1^1/_2$—6-miesięcznym (Hayrath, Barallier, Bankroft) nie zasługują na uwagę.

Rzadkie mamy opisy, jak zachowuje się chory w tym okresie. Curschmann [1]) w swem dziele wspomina, że »in der überwiegenden Mehrzal der Fälle sind die Kranken dieser Periode völlig frei von krankhaften Erscheinungen. Nur selten werden unbestimmte Beschwerden, Kopfschmerz, Schwindel, Kreuzschmerzen, Appetitlosigkeit, Mattigkeit oder niedergedruckte Stimmung angegeben«.

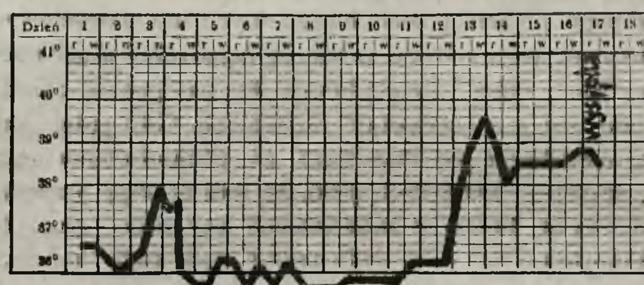
Przypadek zdarzył, że na oddziale, zostającym obecnie chwilowo pod moim kierunkiem, miałem sposobność spostrzegania całego okresu wylęgania duru plamistego. Rzadkość obserwacyi z jednej strony, pewne uwagi nasuwające się z drugiej strony, usprawiedliwiają ogłoszenie tego przypadku.

W dniu 15. stycznia b. r. przyjęto na oddział chorą H. S., liczącą lat 54. Rozpoznanie brzmiało: Pleuropneumonia crouposa lobi inferioris pulmonis sinistri cum ictero in individuo c. endocarditide chronica (insuffic. valv. mitralis et sten. ostii ven. sin. in stadio compensationis).

W piątym dniu pobytu chorej w szpitalu nastąpił przełom, rozdzielenie nastąpiło prawidłowo, żółtaczka ustąpiła; chora bez wszelkiego podwyższenia ciepłoty pozostała w szpitalu jako rekonwalescentka do dnia 13. lutego b. r., czyli 24 dni po przełomie. Pozostawała zaś tak długo dlatego, by wobec wady sercowej i bradykardyi, która zjawiła się po przełomie (tętno 36—44 na minutę) mógł się wzmocnić mięsień sercowy. Chora wprost ze szpitala wróciła do poprzedniego swego mieszkania, które zajmowała u stróżki przy ulicy Z.

We dwa tygodnie później, 26. lutego, zjawiła się chora znowu na oddziale, skarżąc się na osłabienie, ból głowy i brak łaknienia. Gdy badanie oprócz zmian, odpowiadających wadzie sercowej, wykazało przy stanie bezgorączkowym lekko powiększoną wątrobę i ślad obrzęku na kończynach dolnych, odnieśliśmy skargi chorej do rozpoczynającego się niewyrównania krążenia, tembardziej, że tętno zwolnione, z którem chora opuściła poprzednio szpital, przyspieszyło się na 76 uderzeń. Mocz bez zmian. Jakkolwiek dwudniowy spokój i dawka naparstnicy (infus. digitalis) wystarczały dla usunięcia wszelkich objawów sercowych, stan chorej podmiotowo się nie poprawiał, — a wyjaśnienie znalazł on, gdy dalszy przebieg wykazał, że był to okres wylęgania i wstępny (stadium incubationis et prodromorum) duru plamistego, który w 13. dniu pobytu chorej w szpitalu rozpoczął się dreszczem i nagłem podniesieniem się ciepłoty do 40° C., a w 4 dni później wystąpieniem charakterystycznej wysypki. Chorą przeniesiono do pawilonu dla duru plamistego.

Okres wstępny duru plamistego spostrzegaliśmy tutaj przez dni 13 — w nim przybyła chora do szpitala. Kiedy on się zaczął i skąd nabyła chora zakażenia, stwierdzić nie było można. W mieszkaniu chorej, ani w domu całym, nikt nie chorował, w izbie przyjęcia szpitalnej od 2 tygodni nie było przypadku duru plamistego, a na sali obserwacyjnej, na której chora przebywała przez pierwszy dzień po przybyciu do szpitala, ostatni przypadek duru plamistego był przed miesiącem. Gdyby chora zapadła nawet w dniu przyjęcia do szpitala, okres ten trwałby dni 13, a prawdopodobnie trwał on dłużej. Do niego trzeba było odnieść podmiotowe skargi chorej, jak ogólne pewne znużenie, ból głowy, brak łaknienia, a co najważniejsze, to pewne zaburzenie w przebiegu ciepłoty w tym okresie, dla którego nie mieliśmy wytłómaczenia aż do chwili właściwego wybuchu choroby, a który przedstawia załączona tabliczka:



Z tabliczki tej widzimy, że w 3. i 4. dniu pobytu chorej na oddziale, czyli na 10 i 9 dni przed wybuchem choroby, mieliśmy przez te 2 dni podniesienie ciepłoty do 38° C. Czy objaw ten należy do okresu wylęgania i wstępnego duru plamistego? Sądzę, że tak i zwracam na to uwagę. Sposobność do obserwacyi w tym kierunku, która jedynie może rozstrzygnąć, nie często się zdarzy, a jednak zwracać na ten szczegół należy uwagę, zwłaszcza w czasie epidemii, by u ludzi, mogących uledz zakażeniu, nie przejść lekko nad takiem krótkiem podwyższeniem ciepłoty, które, jak przypadek ten wskazuje, może należeć do okresu zwiastunów (stadium prodromorum) duru plamistego. Spostrzeżenie to jest niejako uzupełnieniem krótkiej wzmianki w dziele Curschmanna [1]), który mówiąc o tym okresie choroby, pisze: »Zwei Fälle — Personen, die sich unter meinen Augen im Krankenhause afficirt hatten — boten ganz leichte

[1]) Nothnagel's Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. T. III.

[1]) l. c.

Fieberzustände bei grösseren als normalen Tagesschwankungen der Curve«.

Czy objaw ten należy do stalszych, czy wyjątkowych— pytanie to rozstrzygnąć może tylko dalsza obserwacya.

Nawiasowo dodam, że załączona krzywa w okresie już stałej gorączki przez 4 dni aż do wystąpienia wysypki przedstawia przebieg, jaki często widziałem w durze plamistym, t. j. nagłe najwyższe podwyższenie w pierwszym dniu, potem w następnych dniach stosunkowe obniżenie ciepłoty, podobnie jak to widzimy przy innej chorobie ostrej wysypkowej, t. j. odrze.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.
Spostrzeżenia kazuistyczne.

Choroba Dercuma

opisał

Prof. Dr. L. Korczyński.

Po ogłoszeniu przez Dercuma w r. 1888 i 1892 spostrzeżeń o odrębnej postaci otyłości, określonej mianem otyłości bolesnej (adipositas dolorosa), pojawiło się w ostatniem dwudziestoleciu dość dużo prac, zajmujących się tą nową postacią chorobową tak pod względem symptomatologii, jak i patogenezy. Rzucano także pytanie, czy i o ile wolno wogóle mówić o zupełnie odrębnej chorobie. Pytanie to wydawać się mogło zupełnie słusznem wobec tego, że niektórzy autorowie opisywali pod nazwą choroby Dercuma przypadki, w których obraz, nakreślony przez amerykańskiego lekarza, wcale nie występował wyraźnie. Ostatecznie dojśćby musiało do tego, że każdy przypadek otyłości z bolesnością tkanki tłuszczowej trzebaby poczytywać za otyłość bolesną. Toteż niewątpliwie słusznie przestrzegał Oppenheim przed bezkrytycznymi opisami, zwłaszcza przed tworzeniem pojęcia postaci niezupełnych lub przejściowych. A słuszność tego rodzaju przestróg i zastrzeżeń uznać trzeba tembardziej, skoro uwzględnimy, że patogeneza choroby Dercuma nie jest ostatecznie rozjaśniona. Gdy jedni autorowie oświadczają się stanowczo za pochodzeniem urazowem, ściślej — neurotroficznem, to inni szukają przyczyny chorobowych zmian w zaburzeniach czynności gruczołów hormonotwórczych. Te dwie teorye stoją stale naprzeciw siebie. Spotykamy się z niemi i w najnowszych pracach Falty i Hirschfelda z r. 1913. Falta stara się udowodnić słuszność teoryi neurotroficznej, Hirschfeld stara się uzasadnić pogląd, upatrujący tło choroby w zmianach wydzielniczych gruczołów, mających własność wydzielania wewnętrznego. Po której stronie słuszność, nie sposób stanowczo rozstrzygać. Może te zapatrywania nie są tak sprzeczne, aby je trzeba było wprost sobie przeciwstawiać. Zmiany odżywiania, o ile nie są prostem następstwem anatomicznych zmian w układzie nerwowym, pojmować trzeba jako wyraz nieprawidłowego podrażnienia nerwów, a więc podrażnienia, wywołanego przez ciała, których w prawidłowym ustroju albo niema zupełnie, albo które znajdują się w nim w tak małej ilości, że nie mogą wywierać biodynamicznych skutków. Odwołując się do naszych wiadomości o następstwach zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem, zupełnie słusznie wypowiedzieć możemy przypuszczenie, że tak zwane neurotroficzne objawy mogą mieć źródło w tego rodzaju zaburzeniach. Pojęcia »zmiany czynnościowe« i »zmiany w budowie« nie są bynajmniej równoznaczne i przy obecnym stanie badań histologicznych nie można ich uważać za synonimy. Tok spraw biologicznych może uledz bardzo znacznym zmianom, a mimo to takie wykolejenie nie objawia się jeszcze zmianami w utkaniu narządów. Mimo niewątpliwych postępów na polu badań wydzielania wewnętrznego nie podobna ująć naszych pojęć o gruczołach wydzielniczych w jedną zamkniętą całość i uważać tych pojęć w całej rozciągłości za niewzruszoną prawdę naukową. Bardzo często zadowolnić się musimy rozumowaniem dedukcyjnem i na tej drodze szukać wytłomaczenia dla zjawisk klinicznych, względnie dla zjawisk biologicznych, odbiegających od typu prawidłowego.

Z badań, leżących w zakresie nauki o przemianie materyi, dowiedzieliśmy się dość wiele o działaniu, jakie w tym kierunku wywierają gruczoły hormonotwórcze. Wiemy i o tem, że tesame gruczoły wpływają na cały szereg innych spraw fizyologicznych. U każdego osobnika istnieją właściwe mu formy życia wegetatywnego, które pojmować trzeba jako część ustrojowych właściwości, jako konstytucyę fizyologiczno-wegetatywną, w odróżnieniu od anatomicznej. Dopiero obie razem wzięte stanowią o całokształcie ustroju. Ten całokształt we wszystkich swoich szczegółach nie jest wszakże wyłączną indywidualną właściwością. Przy powstawaniu jego odgrywają bardzo wielką rolę czynniki, które działały na przodków osobnika, a więc czynniki, od których zależą właściwości odziedziczone. Studya etnologiczne, zajmujące się poznawaniem ras, plemion, a ostatecznie także i rodów, uczą, że właściwości odziedziczone nie zamykają się bynajmniej w samych tylko ramach somatycznych i psychicznych, ale odnoszą się także do spraw wegetatywnych. Zupełnie przytem jest naturalne, że dziedziczy się nietylko właściwości fizyologiczne, ale także i patologiczne. Medycyna kliniczna liczy się z tem w całej pełni i wprost mówi o odziedziczeniu chorób konstytucyonalnych, uznaje więc temsamem dziedzictwo wegetatywne.

Do rzędu skaz ustrojowych, względnie schorzeń konstytucyonalnych, należy także otyłość bolesna. Z pośród czterech zasadniczych znamion tej choroby, właściwej otyłości, bolesności tkanki tłuszczowej, osłabienia mięśni i zaburzeń psychicznych, spotykanych zresztą nie tak stale, mają w sobie zwłaszcza otyłość i osłabienie mięśni znamiona konstytucyonalnych wegetatywnych zboczeń. Jak przedstawia się sprawa dziedziczności? Na to pytanie nie można dać stanowczej odpowiedzi. Z przeglądu piśmiennictwa, tak dawniejszego, zestawionego do roku 1904 przez Weissa, jak i najnowszego, uwzględnionego w pracach Falty i Hirschfelda, nie można wnosić, że choroba Dercuma wprost się dziedziczy. Co najwyżej powoływaćby się można na tę okoliczność, że widywano ją u rodzeństwa. Ale za to ważnym szczegółem wydaje się rodzinna wprost odziedziczona skłonność do otyłości wogóle, a niemniej i ta okoliczność, że w niektórych przypadkach z prostej otyłości rozwinęła się potem typowa choroba Dercuma. W pewnych przypadkach istnieć przytem mogą bardzo powolne przejścia, o których patologicznej przynależności nie tak łatwo rozstrzygnąć. W każdym razie potrzeba do tego bardzo do-

kładnej znajomości symptomatologii choroby, przedewszystkiem w typowych przypadkach, i to znajomości, stanowiącej własność jak najszerszych kół lekarskich.

W naszem piśmiennictwie zajmowano się dotychczas otyłością bolesną bardzo niewiele. Tembardziej uważam za właściwe streścić spostrzeżenia, poczynione w przypadku zupełnie klasycznej postaci choroby Dercuma.

Luca G. z Travnika w Bośni, przyjęta na oddział 1 grudnia 1913.

Wywiady. Chora, żona kupca, liczy obecnie 63 lat. Do 39. roku życia była prawie szczupła, cieszyła się zawsze doskonałem zdrowiem, odbyła 8 zupełnie prawidłowych porodów. W 40. roku życia zaczęła tyć. Z początku był przyrost tkanki tłuszczowej zupełnie równomierny, dopiero w 46. roku życia, równocześnie z ustaniem miesiączkowania, zaczęły się pojawiać najpierw na tułowiu, później na kończynach rozmaitej wielkości guzy i rozlane zgrubienia w powłokach ciała, twarde i bardzo bolesne. W następnych latach przybywało ich coraz więcej, chora tyła coraz bardziej i w 52. roku życia, t. j. przed 11 laty, ważyła już 130 klg. Temu rozrostowi tkanki tłuszczowej towarzyszyły bole we wszystkich członkach i w stawach, oraz postępujące osłabienie mięśni, tak znaczne, że chora od 2—3 lat nie może chodzić bez pomocy. Prócz tego doznaje chora bardzo często uczucia chłodu, uczucia niepokoju w okolicy serca, a po ruchach duszności. Od 3 miesięcy pojawiają się od czasu do czasu biegunki bez jakiegokolwiek uchwytnego powodu.

Chora nadmienia, że w jej rodzinie istnieje powszechna skłonność do tycia. Otyłą była jej matka, obfitą podściółką tłuszczową odznacza się kilkoro rodzeństwa oraz kilkoro z pośród dzieci, a jeden z wnuków, chłopiec 14-letni, waży 80 klg.

Najważniejsze szczegóły z badania przedmiotowego były następujące:

Zachowanie się chorej zupełnie prawidłowe. Smutny i przygnębiony nastrój wytłomaczyć można dostatecznie samąż chorobą i zależnem od niej niedołęstwem fizycznem. Obejście spokojne, uprzejme. Rysy twarzy harmonijne, jakkolwiek nieco grubsze. Dopiero nad poziomą gałęzią żuchwy widać fałdy skóry, które w okolicy podbródka rozrastają się już potężnie i zlewają się z bardzo grubemi, tłustemi powłokami szyi. Klatkę piersiową porównaćby można z workiem podróżnym, opatrzonym w boczne kieszenie. Jako takie kieszenie przedstawiają się obwisłe, aż na brzuch zachodzące sutki i fałdy skóry, zwieszające się ku dołowi na grzbiecie i na bocznych częściach klatki piersiowej. Niemniej olbrzymio przedstawia się brzuch z powłokami grubemi i tłustemi, zwisającemi w postaci tęgich fałdów na sromie i na przegubach pochwinowych. Całości obrazu dopełniają nieforemne wałkowate kończyny górne i dolne. Na kończynach górnych ogranicza się nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej właściwie tylko do ramion; kończyny dolne są w całości niezmiernie grube — jedynie tylko najniższa część goleni ma rozmiary prawidłowe. Przy obmacywaniu skóry okazuje się, że obok rozlanej otyłości znajdują się liczne, bądź kuliste, bądź płaskie guzy tłuszczowe, rozrzucone w różnych okolicach ciała, bolesne przy ucisku. Niektóre z nich leżą tuż pod skórą, inne głębiej wśród tkanki tłuszczowej podskórnej. Gdzieniegdzie stwierdzić można pod względem siedziby tych guzów bardzo wyraźną symetryę. Nader dobitnie występuje ona na kończynach, gdzie guzy sprawiają wrażenie korali, nanizanych na sznur, oraz na brzuchu wzdłuż obu mięśni prostych. Naokoło kolan, zwłaszcza około kolana lewego, utworzył się istotny sznur guzów. Na uwagę zasługuje ten szczegół, że na przedramionach, które, jak wspomnieliśmy, nie są bynajmniej tłuste, sięgają guzy aż do stawów nadgarstkowych i w tej właśnie okolicy odznaczają się one największą zbitością i bolesnością. Tłuszczaki rozlane są znacznie miększe i mniej bolesne.

Mięśnie całego ciała, o ile jeszcze dosięgnąć ich można, są bardzo wiotkie. Siła mięśni nader mała. Siła ucisku obu rąk, mierzona na siłomierzu, wynosi zaledwo 20 kilogramometrów, ręki prawej 10, lewej około 4 metrokilogramów.

Przy zginaniu kończyn powstaje prawie we wszystkich stawach, tak wielkich, jak i małych, bardzo wyraźne chrzęszczenie, które można nietylko wyczuć, ale wprost słyszeć.

Zabarwienie skóry naogół prawidłowe. W szczególności zaznaczam, że skóra nie miała odcienia sinawego, opisywanego przez rozmaitych autorów. Natomiast mieliśmy sposobność spostrzegać przemijające rozlane zaczerwienienie skóry rąk i nóg, zwłaszcza na palcach. Towarzyszyły temu zjawisku bolesne parestezye. Uczucie, doznawane przytem, porównywała chora z uczuciem pieczenia. Wrażliwość naczyniowo-ruchowa skóry wygórowana aż do właściwego dermografizmu. Wyraźnych zmian w czuciu nie można było stwierdzić.

W zakresie innych narządów stwierdzono, co następuje: Gruczoł tarczowy nie daje się wymacać. Dolny brzeg płuc nieco poniżej granicy prawidłowej. Szmery oddechowe dość szorstkie, zmieszane z suchemi rzężeniami. Uderzenie serca słabe. Czynność serca od czasu do czasu niezupełnie miarowa. Tony czyste, ciche. Tętno słabo napięte, fala tętna mała, wysokość fal nierówna. Od czasu do czasu przepuszczanie tętna. Liczba tętna około 60. Parcia krwi nie można było ściśle oznaczyć. Mocz dość ciemny, o ciężarze właściwym 1·033, zawiera sporo moczanów i barwików. Stolec półpłynny, ze śluzem, bez resztek pokarmów. W obrazie krwinek białych wyraźne przesunięcie stosunku na niekorzyść krwinek neutrochłonnych. Naliczono:

Leukocytów neutrochłonnych	52·9%
Limfocytów	29·8%
Wielkich jednojądrzastych	1·3%
Postaci przejściowych	7·8%
Eozynochłonnych leukocytów	6·4%
Zasadochłonnych leukocytów	0·9%
Limfoblastów	0·9%

Przy mierzeniu ciepłoty ciała stwierdzano wielokrotnie bardzo nizką ciepłotę; zazwyczaj wahała się ciepłota w granicach 36°—38° C.

W leczeniu otyłości bolesnej działają według zgodnych podań lekarzy, którzy mieli sposobność spostrzegać przypadki tej choroby, bardzo skutecznie przetwory tarczycy. Zupełnie więc było naturalnem, że i w naszym przypadku zwróciliśmy się do tych przetworów, podając kołaczyki tyroidynowe wyrobu Mercka w ilości 1—4 na dzień. W celu skrzepienia mięśnia sercowego zastosowaliśmy uteraminę, jeden z najnowszych przetworów wyrobu fabryki »La Zyma« w Aigles w Szwajcaryi, zbliżony składem chemicznym, przez obecność jądra tyrozynowego, do nadnerczyny, a działający podobnie, jak nadnerczyna i hipofizyna.

Wynik tego leczenia, trwającego przez dwa tygodnie, był stosunkowo bardzo zadowalniający, jeśli uwzględnimy, że okres jego był bardzo krótki. Wynik ten zaznaczył się przedewszystkiem korzystną zmianą w podmiotowym nastroju chorej. Usposobienie jej stało się weselsze, żywsze, ociężałość zmniejszyła się znacznie, bole, na które się chora przedtem skarżyła, zmalały, mierna duszność, pojawiająca się przedtem po ruchach, ustąpiła zupełnie.

Wśród zmian w zakresie objawów przedmiotowych wymienimy na pierwszem miejscu różnicę w odsetkowym składzie ciałek białych. W dniu, w którym chora opuszczała szpital, naliczono:

Leukocytów neutrochłonnych	65·4%
Limfocytów	26·5%
Postaci przejściowych	5·06%
Wielkich jednojądrzastych	1·00%
Zasadochłonnych	0·20%
Eozynochłonnych	2·13%

Guzy tłuszczowe stały się mniej wrażliwe na ucisk, a nadto, przynajmniej w niektórych okolicach ciała, nieco miększe. Liczba tętna podniosła się do 80 uderzeń w mi

nucie. Tętno było pełniejsze i lepiej napięte; niemiarowość zmniejszyła się bardzo znacznie. Trawienie było zupełnie prawidłowe. Stolec o wejrzeniu i składzie prawidłowym oddawała chora tylko raz na dzień.

Z nastaniem poprawy nalegała chora usilnie, aby ją wypuścić z oddziału i obstawała przy tem mimo wielokrotnych upomnień i namów. Ze wskazówkami leczniczemi i z poleceniem, aby pod nadzorem lekarza domowego używała dalej kołaczyków tyroidynowych, opuściła chora szpital 14 grudnia 1913.

Poświęcimy jeszcze parę uwag krytycznemu rozbiorowi tego spostrzeżenia. Nastręczają do tego sposobność już same wywiady. Z opowiadania chorej wynika, że w rodzinie jej istnieje chorobliwa skłonność do tycia o cechach wybitnie dziedzicznych i że ta dziedziczność rozciąga się już na cztery pokolenia. Na uwagę zasługuje niewątpliwie i ten szczegół, że u chorej przez szereg lat istniała zwykła otyłość, która się dopiero w okresie przekwitania wyrodziła w chorobę Dercuma. Rozwój i rozrost tłuszczaków odbywały się powoli, stopniowo. Guzy tłuszczowe nie ograniczały się bynajmniej do niektórych tylko okolic ciała, lecz rozrosły się niemal po całem ciele, nie oszczędzając nawet okolicy stawów nadgarstkowych i goleni. Bolesność guzów nie była wszędzie jednakowa Z opowiadania chorej wynika, że guzy dawniejsze są mniej wrażliwe na ucisk, aniżeli guzy, które powstały później. Na uwagę zasługuje jeszcze nagromadzenie się guzów w okolicy stawów, gdzie guzy okrążają stawy jakby sznurem korali. Bardzo być może, że taki ich układ jest rzeczą czysto przypadkową. Ale z drugiej znów strony nasuwa się przypuszczenie, że między tem rozmieszczeniem, a zmianami w stawach, przyrody prawdopodobnie podagrycznej, zachodzi jakiś bliższy stosunek. Wikłanie się otyłości z podagrą należy do rzędu bardzo często spotykanych zjawisk.

Obok tych szczegółów, wprost wpadających w oczy, które łącznie z osłabieniem mięśni składają się w zasadzie na obraz choroby Dercuma i stanowią o rozpoznaniu, zasługuje jeszcze na uwagę stan serca i stosunek leukocytów. U chorej istniało osłabienie serca, objawiające się dusznością, powstającą po ruchach i słabem napięciem tętna oraz małem wypełnieniem tętnic. Stałe zwolnienie ruchów serca i pojawiające się od czasu przepuszczanie wymaga wszakże, jak sądzę, innego tłomaczenia. Objawy te pojąćby raczej należało jako następstwa zmniejszonej wrażliwości serca względnie jego nerwowo-mięśniowych połączeń, na działanie fizyologicznych podniet pobudzających, albo, co oznacza w ostatecznym wyniku tesame skutki, jako następstwo zbyt wielkiej wrażliwości wobec wpływów hamujących. Fizyologiczna równowaga była tu w każdym razie naruszona. Świadczyła o tem także i wzmożona pobudliwość naczynioruchowa. Dermografizm i samorodnie powstające zaczerwienienia skóry kończyn zasługują w tym przypadku tembardziej na podniesienie, skoro przyjąć trzeba było, że dopływ krwi tętniczej do części obwodowych ciała nie był zupełnie wystarczający. Między innymi szczegółami przemawiało za tem uczucie ziębnięcia i nizka ciepłota ciała.

Obraz krwi przypominał co do leukocytów wcale dokładnie obrazy, spostrzegane we krwi chorych na obrzęk śluzowaty, na co zwróciłem uwagę jeszcze w r. 1895. Nieprawidłowość zasadzała się na odsetkowym wzroście leukocytów jednojądrzastych i eozynochłonnych, oraz na pojawieniu się t. zw. limfoblastów, nie spotykanych zupełnie w krwi prawidłowej. O ile obecność leukocytów zasadochłonnych i w ilości, sięgającej prawie do 1%, uważać można za zjawisko wprost chorobowe, tego nie mogę stanowczo rozstrzygać. Zaznaczę wszakże, że w zwykłych warunkach spotykamy się z tym rodzajem leukocytów rzadko i że ilość ich odsetkowa wynosi zazwyczaj od 0·24—0·5%. Przypuszczenie, że wzrost liczby tych leukocytów, podobnie jak wzrost liczby leukocytów eozynochłonnych, jest wyrazem pewnego rodzaju podrażnienia, wydaje mi się bardzo prawdopodobne. W każdym razie zjawisko to nie stanowi znamiennej cechy krwi osób chorych na chorobę Dercuma. Spotkać się z niem można i w innych warunkach. Bardzo często spostrzegałem taką względną bazofilię we krwi chorych, którym wstrzykiwaliśmy do żył w celach leczniczych rozczyny neosalwarsanu.

Zmiany w stosunkowym składzie leukocytów we krwi naszej chorej zwracać muszą tem większą uwagę, skoro pod wpływem leczenia kołaczykami z tarczycy nastała tu taka sama poprawa, z jaką się spotykamy w przypadkach obrzęku śluzowatego, leczonych w ten sam sposób.

Podobny obraz krwi, o ile chodzi o odsetkowy stosunek limfocytów, leukocytów, neutrochłonnych i eozynochłonnych, jak w chorobie Dercuma, spotyka się u osób, okazujących znamiona podrażnienia autonomicznego, czyli u t. zw. wagotoników. Szczegół ten nabiera tem większego znaczenia, skoro u naszej chorej istniały objawy, któreby można tłomaczyć podnieceniem w zakresie układu nerwu błędnego.

Wyraźne znamiona hypotonii okazywała czynność serca. Powolny rytm ruchów serca, słabe, zaledwo wyczuwalne uderzenia serca, nader słabe napięcie tętna, małe wypełnienie tętnic, przepuszczanie tętna, którego nie można było tłomaczyć jako skutek pojawiania się skurczów dodatkowych — wszystko to można pojmować jako następstwo hamujących wpływów nerwu błędnego. Wiadomości nasze o roli układu autonomicznego przy nerwowo naczyniowem normowaniu obiegu krwi i o wpływie jego na rozmieszczenie krwi są jeszcze nader skąpe i nie sposób jeszcze zastanawiać się ściśle naukowo nad następstwami podrażnienia nerwu błędnego dla tych spraw. — Ale doświadczenia z truciznami, należącemi do t. zw. grupy muskarynowej, zdają się w każdym razie uprawniać do przypuszczenia, że między układem autonomicznym, a układem naczyniowym zachodzą jakieś bliższe stosunki. Powołać się tu można także na wywody Abela na Zjeździe internistów niemieckich w Wiesbaden w r. 1913. Jeśli poglądy, które wtedy Abel roztoczył, są słuszne, to w każdym razie uważać można nerwowe biegunki u naszej chorej za skutek wygórowanego napięcia w układzie autonomicznym. W rachubę tu wchodzi nietylko przyspieszenie ruchów robaczkowych jelit, ale także, jak to z naciskiem podnosi A Schmidt, obfitsze wydzielanie, raczej przesączanie się treści, ulegającej łatwo gniciu w jelitach. Z naszej strony dodalibyśmy do tego, że niemałe znaczenie ma zwiększone wytwarzanie i wydzielanie śluzu, które w danym razie prowadzić może łącznie z zaburzeniami w ruchach jelit do powstawania kolki śluzowej, a bez tych zaburzeń do t zw. nerwowych nieżytów śluzowych jelit.

Niezwykłą słabość mięśni i łatwe nużenie się ich

tłomaczyćby można również zaburzeniami w napięciu układu wegetatywnego. Noorden podnosił z pewnym naciskiem, że przy zwykłej otyłości tego rodzaju osłabienia nigdy się nie spotyka. Mimowoli nasuwa się tu przypuszczenie, że przyczynę osłabienia mięśni przypisywaćby można niesprawności układu chromochłonnego.

Na temat zaburzeń wegetatywnych i zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem dałoby się wiele jeszcze powiedzieć, a takie roztrząsania byłyby niewątpliwie bardzo ciekawe ze stanowiska fizyologicznego i klinicznego. Niestety nie powiodło się nam, w części dla braku czasu, głównie zaś z powodu oporu chorej, wykonać całego szeregu doświadczeń klinicznych, potrzebnych niezbędnie dla wszechstronniejszego wniknięcia w tok wielu spraw wegetatywnych. A badania tego rodzaju nadawałyby się bardzo do rozjaśnienia istoty pochodzenia choroby Dercuma.

Badania anatomiczne, rozpoczęte już przez Dercuma, stwierdziły, że w utkaniu gruczołów hormonotwórczych, zwłaszcza w utkaniu tarczycy i przysadki, istnieją w chorobie Dercuma niejednokrotnie bardzo ważne zmiany. Obydwa te gruczoły liczą się do rzędu gruczołów o t. zw. sympatykotropijnych własnościach. Z doświadczeń klinicznych i z badań fizyologicznych wiemy, że gruczoły te wywierają wyraźny wpływ na przemianę materyi. Noorden odróżnia odrębną postać tarczycową otyłości, spostrzeżenia Fröhlicha doprowadziły do odróżnienia osobnej postaci chorobowej, nazwanej »dystrophia adiposogenitalis«. Szczegóły te usprawiedliwiają najzupełniej zapatrywania, które szukają punktów stycznych między otyłością bolesną, a chorobą tarczycy i przysadki. O sprawie bolesności tkanki tłuszczowej nie można jeszcze rozprawiać na podstawach zupełnie ścisłych. W badaniach mikroskopowych skrawków, sporządzonych z guzów tłuszczowych, mamy wszakże pewne szczegóły, które wskazują, że przy powstawaniu tych guzów odgrywa niemałą rolę podrażnienie, które wiedzie do rozrostu tkanki łącznej. O istocie jego nie umiemy nic pewnego powiedzieć. W każdym jednak razie wyrazić wolno przypuszczenie, że chodzić tu może o szkodliwe wytwory przemiany materyi, gromadzące się w skórze w większej ilości i nie ulegające dalszemu fizyologicznemu rozpadowi z powodu niedostatków w czynnościach wegetatywnych.

(Rękopis nadesłano Redakcyi z początkiem r. 1914).

Z kliniki chirurgicznej (dyrektor radca dworu Prof. Dr L. Rydygier) i zakładu anatomii patologicznej (dyrektor Prof. Dr Z. Dmochowski) Uniwersytetu we Lwowie.

O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o jego znaczeniu leczniczem.

(Badania doświadczalne)

podał

Dr Tadeusz Ostrowski
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

I.

Sauerbruch i Bruns w swej pierwotnej pracy, zalecającej podwiązywanie gałęzi tętnicy płucnej celem wywołania w płucu bujania tkanki łącznej, podają wyniki badań płuc, robionych w różnych odstępach czasu po wspomnianym zabiegu operacyjnym; badania te, opisane ogólnikowo jako »kontrolujące otwierania klatki piersiowej«, według tych autorów wykazywały, że po podwiązaniu tętnicy płucnej nie tworzy się w płucu zawał; wogóle w miąższu płucnym w dłuższy czas po tym zabiegu (2 tygodnie) żadnych wybitnych zmian, według Sauerbrucha i Brunsa, zauważyć nie można; występują tu tylko wyraźne zmiany na opłucnej, a mianowicie wybitne zrosty opłucne. W późniejszych okresach — po 6—8 tygodniach — zrosty te są bardzo grube, płuco, którego tętnicę podwiązano, jest jakby opancerzone grubą (na kilka mm.) warstwą tkanki włóknistej, przerastającą całą grubość miąższu płucnego, który w tym okresie bywa zupełnie bezpowietrzny. Jaką drogą powstają wspomniane zmiany w płucu, Sauerbruch i Bruns nie rozstrzygają, podają tylko przypuszczenie, że przerwanie dopływu krwi z tętnicy płucnej działa swoiście na nabłonek pęcherzyków płucnych, który w tych warunkach ulega złuszczeniu, analogicznie do tego, jak nabłonek innych narządów ginie wówczas, kiedy jest ograniczony, względnie wykluczony z czynności.

Z powyższem tłómaczeniem zgadza się w zupełności Kawamura, który wykonywał na psach zabieg, podany przez Sauerbrucha i Brunsa, z analogicznymi wynikami ostatecznymi: również i w doświadczeniach Kawamury występowało bardzo wybitne bujanie tkanki łącznej w płucu i dookoła opłucnej, wywołujące »karnifikacyę« płuca; nigdy nie spotykał Kawamura zawałów.

Zdaniem Sauerbrucha i Schumachera dla wywołania zawału krwawego w płucach potrzebny jest jeszcze inny dodatkowy czynnik chorobowy, jak naprzykład w doświadczeniach Küttnera otwarta odma piersiowa, powstająca po podwiązaniu tętnicy płucnej; między innymi powołują się oni na pracę doświadczalną Fujinami, podtrzymującą jakoby ich twierdzenie. Tymczasem w pracy powyższej, ogłoszonej z pracowni Virchowa, znajdujemy odmienne wnioski.

Fujinami pisze: »Der Lungeninfarct ist die Folge einer Cirkulationsstörung der Lungenkapillaren, welche besonders stark in einem gewissen Bezirk eintritt. Diese starke Cirkulationsstörung ist bei vorher gesunden Tieren nur mechanisch durch Emboli erzeugt worden, falls die letzteren eine gewisse Lage hatten und die Verstopfungsweise eine bestimmte war«.

Na innem miejscu zaś znajdujemy, co następuje: »Ueberblickt man die Resultate meiner Experimente, so sieht man sogleich, dass hämorrhagischer Infarkt in den meisten Fällen erzeugt worden ist, und es fällt auf, dass überall da, wo sich ein Herd findet, in der zuführenden Arterie ein Embolus vorhanden ist«; dalej znów: »Nur kommen wir auf unsere Hauptfrage: wie bei den Tieren diese Herde erzeugt worden sind, welche sich im ganzen den menschlichen gleich verhalten. In den tierischen Lungen ist vor der Operation keine besondere Veränderung denkbar, welche man etwa für ein vorbereitendes Adjuvans, das bei den menschlichen Fällen oft erwähnt wird, halten könnte; die sämmtlichen Veränderungen der Lunge sind nichts anderes, als Folgezustände der Embolisierung der Lungenarterie, welche nur dem Grade nach von einander verschieden sind, — von einfacher Stauung verschiedenen Grades in den Lungenkapillaren bis zum ausgeprägten hämorrhagischen Infarkte — aber prinzipiell dieselben Vorgänge. So konnte ich an den gesunden Tieren ohne bakterielle Infektion und ohne chemische Einwirkung, durch blande Emboli hämorrhagischen Infarkt erzeugen, welcher entsteht, wenn eine Cirkulationsstörung in einem gewissen Bezirk der Lungenkapillaren besonders stark eingetreten ist«.

W wybitnej sprzeczności z wywodami Sauerbrucha znajduje się twierdzenie Brunsa, jego współpracownika, który w pracy swej, ogłoszonej w dwa lata późnicj po ogłoszeniu wspomnianej powyżej, pierwotnej pracy, zupełnie stanowczo uzależnia bujanie tkanki łącznej w płucu po podwiązaniu tętnicy płucnej od występowania w tem płucu zawałów krwotocznych i spraw zapalnych (zapalenia zrazikowe odoskrzelowe).

»Ich unterband zusammen mit Sauerbruch bei einer Reihe von Tieren den zur rechten oder linken Lunge ziehenden Hauptast der Lungenarterie. Dabei beobachtete ich ebenfalls eine ausgedehnte, mächtige Bindegewebevermehrung in den vorher gesunden Lungen. Die nachträgliche Schrumpfung derselben führte, nebenbei gesagt, zu einer ganz erheblichen Verkleinerung der betreffenden Lunge. Auch diesmal war das neugebildete Bindegewebe zweifellos entzündlichen Ursprungs. Es waren besonders pleurogene Wucherungen des interlobulären, aber auch herdförmige Neubildungen des interalveolären und peribronchialen Stützgewebes, durch Infarktbildungen und bronchopneumonische Processe bedingt«.

Celem sprawdzenia, które z tych krańcowo różniących się twierdzeń jest słuszne, wykonałem na szeregu psów pewną liczbę doświadczeń, polegających na tem, że podwiązywałem gałęzie tętnicy płucnej, poczem po upływie różnego czasu zwierzęta te zabijałem i badałem płuca sekcyjnie i drobnowidowo.

Operacye wykonywałem w uśpieniu eterowem, po podaniu podskórnem morfiny, zwykle 0·01 na kg. wagi psa, na pół godziny przed rozpoczęciem uśpienia. Po uśpieniu psa wprowadzałem do tchawicy cewnik jedwabny, który był połączony z improwizowanym doraźnie przyrządem do insuflacyi Auer-Meltzerowskiej: bomba z tlenem, połączona rurką, przechodzącą przez ciepłą wodę, przez co gaz się ociepla i nawadnia, z cewnikiem, wprowadzonym do tchawicy; regulując wentyl przy bombie z tlenem, możemy dowolnie podnosić ciśnienie wdmuchiwanego do tchawicy tlenu i temsamem mniej lub więcej rozdymać płuca. Od chwili wprowadzenia cewnika do tchawicy podawanie eteru bywało zbyteczne; dalszy zabieg trwał zwykle tak krótko, że pierwotne uśpienie było wystarczające. Psa umocowywano na stole operacyjnym w położeniu, zaleconem przez Elsberga, t. j. na brzuchu, celem napięcia śródpiersia; dzięki temu unikaliśmy objawu »falowania śródpiersia« (Flattern) przy ostrej otwartej odmie. Położenie to przy otwieraniu klatki piersiowej u psów ma zaletę i z tego względu, że u tych zwierząt przegroda pomiędzy obydwiema jamami opłucnemi bardzo często jest niezupełna, a mianowicie w śródpiersiu przedniem często bywa otwór, łączący obydwie jamy. Przy ułożeniu psa na brzuch, serce obniża się i zatyka poniekąd ten otwór. Operacye wykonywałem zawsze po stronie lewej: cięciem płatowem (płat skórnomięśniowy z podstawą nad IV żebrem) odsłaniałem V międzyżebrze, które nacinałem na długości 5—7 cm., zależnie od wielkości psa. Rozwieraczem do szczęk O'Dwyera rozsuwałem żebra, przyczem w głębi jamy opłucnej na wprost naszego otworu ukazywał się zapadnięty dolny płat płuca wraz z wchodzącemi do niego naczyniami krwionośnemi i oskrzelem. W niektórych przypadkach wyciągałem dolny płat z klatki piersiowej na zewnątrz.

W jednym przypadku, kiedy po otwarciu jamy opłucnej wystąpiły zaburzenia w oddychaniu, zabieg ten oddał nam znakomite usługi. Wiemy z doświadczeń Delageniera, Murphyego i innych, że tym rękoczynem możemy usunąć łatwo groźne objawy falowania śródpiersia, występujące z chwilą ostrej odmy otwartej. We wspomnianym naszym przypadku pies operowany leżał wyjątkowo na boku prawym, przez co objaw falowania śródpiersia łatwo mógł wystąpić. W większości przypadków płuca nie wyciągano na zewnątrz klatki piersiowej, tylko odsunąwszy dolny płat nieco ku przeponie, podprowadzano igłą Deschampsa nitkę katgutową pod tętnicę; po podwójnem jej podwiązaniu pomiędzy podwiązkami tętnicę zawsze przecinano. Teraz puszczano silniejszy strumień tlenu z bomby, przez co płuco rozdymało się i wypełniało w zupełności jamę opłucną, wyciskając z niej powietrze; w tej chwili zakładano kilka szwów (4—6) węzełkowych z grubego katgutu, chwytających brzegi rany wraz z sąsiedniemi żebrami (perikostale Naht). Tym sposobem otwór w międzyżebrzu ulegał szczelnemu zamknięciu i wobec rozdęcia płuca w tym momencie zapobiegano dalszemu trwaniu odmy piersiowej zamkniętej. Przez zeszycie warstwowe mięśni i skóry, przeciętych płatowo, pokrywano szczelnie linię szwów, założonych na otwór w międzyżebrzu, drążący do klatki piersiowej. Linie szwów na skórze pokrywano kollodium. Cały zabieg trwał 10—12 minut. Po operacyi zwierzęta bardzo szybko odzyskiwały przytomność, pozostawiano je w ciepłem pomieszczeniu, jak również i operacye wykonywano w sali dobrze ogrzanej, wiemy bowiem dobrze, jak zgubnie wpływa na krążenie w płucach oziębianie jamy opłucnej (Lohman i Müller).

Poniżej podaję protokoły mych doświadczeń, przytem dodać muszę, że są to przypadki typowe, gdzie zmiany mogły zależeć tylko od podwiązania gałęzi tętnicy płucnej; inne czynniki, działające jako »adjuvans« w tłomaczeniu Sauerbrucha, są tu wykluczone.

I. Doświadczenie.

Pies wagi $13^1/_2$ kg., po wstrzyknięciu 0·08 gr. morfiny uśpiony chloroformem. Po ułożeniu na boku prawym cięciem płatowem z szeroką podstawą w okolicy IV żebra odsłonięto okolicę lewego V. międzyżebrza na długości 8 cm., gdzie nacięto opłucną ścienną na długości 4 cm. Po powstaniu odmy pies wykonuje gwałtowne ruchy oddechowe. Dolny płat płuca lewego chwycono i wyciągnięto przez ranę w opłucnej na zewnątrz; po tym rękoczynie ruchy oddechowe psa uspokoiły się. Założono podwiązkę na gałąź tętnicy płucnej, dochodzącą do dolnego płatu płuca lewego. Płuco zapuszczono do jamy opłucnej. Przez wprowadzony do tchawicy cewnik Nelatona Nr 19 wydęto płuco do tego stopnia, że jama klatki piersiowej wypełniła się wydętemi płucami: wówczas ranę opłucną zaszyto, zakładając 4 szwy węzełkowe, chwytające żebra, leżące z obu stron rany. Następnie szwem węzełkowym zaszyto ranę w mięśniach klatki piersiowej, przyczem płat mięśniowy znakomicie pokrywał i uszczelniał ranę, drążącą do klatki piersiowej, poczem założono szew na płat skórny. Czas trwania rozdymania płuca dla usunięcia odmy piersiowej wynosił około 1 minuty; przez ten czas pies ruchów oddechowych nie wykonywał i klatka piersiowa była ustalona w pozycyi pośredniej pomiędzy wdechem a wydechem, płuco jednak było wydęte. Po przerwaniu tego sztucznego wydymania płuca pies ruchów oddechowych nie wykonywał przez czas około 2 minut. Zastosowano sztuczne oddychanie na wzór metody Schüllera; przy słabnącem tętnie po upływie 5 minut pies zginął.

Sekcya: W lewej połowie klatki piersiowej nieznaczna odma opłucna. Dolny płat lewy nieco bledszy, aniżeli płaty pozostałe: innych zmian stwierdzić nie można. Płuco prawe bez zmian.

Badanie drobnowidowe skrawków.

a) Płuco z tętnicą niepodwiązaną ma przekrwione naczynia drobniutkie i włosowate przegród międzyzrazikowych, w mniejszym stopniu przegród międzypęcherzykowych. W dużych naczyniach tętniczych skąpa krew, w żyłach znajduje się jej więcej. Pęcherzyki płucne, wysłane wcale dobrze utrzymanym nabłonkiem, prawie wszędzie są próżne, zaledwie gdzieniegdzie widoczne są w nich bardzo nieliczne, po jednem lub po kilka, ciałka czerwone. — Oskrzela zmian widocznych nie okazują, nabłonki ich dobrze utrzymane.

b) Płuco z tętnicą podwiązaną ma w dużych naczyniach o charakterze żył obfitą krew, natomiast w porównaniu z płucem poprzedniem jest jej znacznie mniej w naczyniach włosowatych, które też na ogół nie są tak porozszerzane, jak w tamtem płucu. Nabłonki są dobrze utrzymane, w świetle pęcherzyków nie spotykamy żadnej treści, w niektórych miejscach części pęcherzyków okazują znaczniejsze rozdęcie, przegródki zaś powyciągane i ścieńczenie.

Résumé: Niewielkiego stopnia przekrwienie naczyń włosowatych w płucu o niepodwiązanej tętnicy; obfitsza krew w dużych naczyniach płuca, natomiast skąpa jej ilość w naczyniach włosowatych w płucu z tętnicą podwiązaną.

II. Doświadczenie.

Pies wagi 24 kg., po wstrzyknięciu 0·15 morfiny uśpiony eterem w ułożeniu Elsberga; wprowadzono do tchawicy cewnik półtwardy Nr 28, połączony z bombą z tlenem. Wykonano typowe podwiązanie tętnicy dolnego płatu lewego płuca; w czasie zabiegu nie wyciągano płuca na zewnątrz klatki piersiowej. Po wydęciu płuc przez silniejszy strumień tlenu, ranę opłucnej

szczelnie zaszyto szwem okołożebrowym, następnie założono szew dwupiętrowy na mięśnie i skórę. Opatrunek kolodionowy. Operacya trwała 12 minut. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy: pies zniósł operacyę dobrze, w pół godziny po operacyi nieco osłabiony, chodzi i przyjmuje pokarmy. Osłabienie utrzymuje się przez dwa dni, poczem pies weselszy, biega. Szybkość oddechu 30 na min., przy bieganiu dochodzi do 48 na min. Rana goi się doraźnie. Po 2 dniach, względnie 58 godzinach psa zabito chloroformem.

Sekcya: Płuco prawe i jama opłucna prawa bez zmian. W jamie opłucnej lewej około 30 cm. płynu krwawo zabarwionego. Płuca pozlepiane złogami włóknikowymi z opłucną ścienną i przeponą. Górny płat poza tymi złogami włóknikowymi makroskopowo zmian nie wykazuje. Płat dolny wybitnie przekrwiony, sino-czerwonej barwy, zbitości zwiększonej, bardzo słabo powietrzny.

Badanie drobnowidowe:

a) W płucu prawem (tętnica niepodwiązana) uderza bardzo znaczne przekrwienie, w pierwszym rzędzie naczyń włosowatych, a dalej dużych tętnic, jak i żył. Wszystkie te naczynia są znacznie porozszerzane, przegródki międzypęcherzykowe są wskutek tego zgrubiałe i kiełbaskowato pokręcone, podobnie, jak w przekrwieniach żylnych płuc. Światło pęcherzyków płucnych w niektórych miejscach jest też wskutek tego zmniejszone, w innych miejscach spotykamy poprzerywane przegrody międzypęcherzykowe i zlewanie się pęcherzyków w pęcherze większe. Nabłonki naogół są dość dobrze utrzymane, zaledwo gdzieniegdzie złuszczają się: w świetle pęcherzyków, głównie pod opłucną usadowionych, rzadziej w pęcherzykach głębszych, spotyka się ciałka czerwone krwi, niejednokrotnie większe wylewy. Oskrzela wysłane dobrze utrzymanym nabłonkiem. Opłucna nieco rozpulchniona, śródbłonki jej w wielu miejscach ulegają złuszczeniu.

b) Płuco lewe, tętnica nie podwiązana. Na opłucnej znajduje się wysięk włóknikowy pod postacią błony wrzekomej, zbudowanej z grubych belek szklistego włóknika, wśród którego rozrzucone ciałka białe; śródbłonka opłucnej prawie wszędzie brak; gdzieniegdzie tylko jest zachowany. Opłucna obrzękła, rozpulchniona. Pęcherzyki płucne podopłucne wypełnione są siatką włóknika, pod względem zbitości i ilości dość rozmaicie się zachowującą; wśród niej obficie złuszczone, przeważnie napęczniałe nabłonki i ciałka białe. W pęcherzykach głębiej położonych znajdują się (wprawdzie nie we wszystkich, ale w wielu) ciałka czerwone, niejednokrotnie w zbitych masach ułożone; pęcherzyki takie spotyka się w całem płucu niezależnie od odległości pęcherzyka od opłucnej. Naczynia większe przekrwione, również naczynia włosowate. Nadto w niektórych pęcherzykach znajdują się nieliczne złuszczone nabłonki, niektóre z nich wykazują wakuolizacyę. Nabłonki oskrzeli rozpulchnione, częściowo oddzielają się od siebie, okazują zatem dążność do złuszczania się, nawet w niektórych miejscach odpadają płatkami.

c) Płuco lewe, tętnica podwiązana. Opłucna pozbawiona w wielu miejscach śródbłonka, słabo ukrwiona, przegrody międzypęcherzykowe pęcherzyków podopłucnych ścieńczałe, niejednostajnie ukrwione, gdzieniegdzie nawet przekrwione. Pęcherzyki płucne pozapadane, o świetle przeważnie zwężonem, wyściółka ich nabłonkowa w wielu miejscach się łuszczy lub brak jej zupełnie; tkanka przegródek barwi się blado. Naczynia duże, położone nieco głębiej pod opłucną, przekrwione. W głębi budowa płuc w wysokim stopniu zatarta, zaledwie gdzieniegdzie utrzymane kontury przegród międzypęcherzykowych, a między niemi światła pęcherzyków, wypełnione bądź to krwią, bądź to złuszczonymi nabłonkami, bądź też bezpostaciowemi blademi masami. W miejscach zupełnego zatarcia budowy pęcherzykowej tkanka przegródek zmartwiała, a w miejscu pęcherzyków spotykamy się z ciałkami, odpowiadającemi ciałkom białym jednojądrzastym i wielojądrzastym, rozrzuconym ciałkom czerwonym; gdzieniegdzie zaś znajdują się masy jednostajne blado-różowe, odpowiadające płynowi surowiczemu, wypełniającemu światła pęcherzyków i wśród tych mas naczynia wypełnione krwią. W świetle oskrzeli obfite, całemi masami leżące, pozłuszczane nabłonki pojedynczo lub w płatkach, często krew.

Résumé: W płucu prawem, o niepodwiązanej tętnicy, silne przekrwienie tak w dużych, jak i włosowatych naczyniach, gdzieniegdzie nieznaczne wylewy krwi do światła pęcherzyków, głównie podopłucnych. W płucu lewem, w części o tętnicy niepodwiązanej, zapalenie włóknikowe opłucnej, oraz zapalenie części podopłucnej płuc. Przekrwienie silne naczyń z rozrzuconymi wylewami krwi do pęcherzyków płucnych, w różnym stopniu, złuszczenie nabłonków miernego stopnia. W płucu lewem, w części o tętnicy podwiązanej, słabe ukrwienie, najwidoczniejsze pod opłucną, w miarę posuwania się w głąb płuca martwica przegród międzypęcherzykowych, brak nabłonków. W oskrzelach złuszczenie nabłonków.

III. Doświadczenie:

Pies wagi 8 kl., po wstrzyknięciu 0,06 gr. morfiny uśpiony eterem. W ułożeniu Elsberga wykonano zabieg zupełnie analogiczny do opisu Nr 2. Przy podwiązywaniu gałązki tętnicy płucnej lewego płatu dolnego stwierdzono, że piąte międzyżebrze leży za nizko, że łatwiejszy dostęp do pola operacyi będzie w IV międzyżebrzu; długość cięcia na opłucnej 4 cm. jest zupełnie wystarczająca. Operacyi towarzyszyły objawy, wspomniane w opisie Nr 2. Czas trwania operacyi 11 min. Ilość zużytego eteru około 25 cm. Pies zbudził się szybko, już w czasie zakładania szwów skórnych. Po operacyi odrazu biega swobodnie, nieco zataczając się; znaczny ślinotok. Typ oddychania prawidłowy, 30 na minutę. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Pies nieco kaszle, zwłaszcza po żywszych ruchach. Po upływie 5 dni psa zabito.

Sekcya: Opłucna prawa bez zmian, jak również płuco prawe: w opłucnej lewej nieco wolnego płynu przeźroczystego o krwawem zabarwieniu. Płat dolny, którego gałązkę tętnicy płucnej podwiązano, znacznie powiększony, barwy sino-czerwonej, zbitości wybitnie wzmożonej; opłucna na dolnej powierzchni, zwróconej ku przeponie, pokryta wysepkowatymi złogami włóknikowymi, sklejającymi płat z przeponą, na pozostałej przestrzeni opłucna lekko przyćmiona. Wszystkie płaty płuc przy otwarciu opłucnej prawej, jak i lewej, zapadły się, z wyjątkiem dolnego płatu lewego, który skurczył się bardzo słabo; płat ten słabo powietrzny, na przekroju wyciska się z niego płyn krwawy, z małą domieszką piany, przy bardzo słabem trzeszczeniu.

Badanie drobnowidowe:

a) Płat górny płuca lewego (tętnica niepodwiązana).

Na opłucnej śródbłonki są przeważnie napęczniałe, z ziarnistą ściemniałą protoplazmą; w wielu miejscach odrywają się. lub uległy zupełnemu złuszczeniu. Naczynia w miąższu płucnym pod opłucną są silnie przekrwione, a nawet spotykamy wylewy krwawe do pęcherzyków płucnych: w miejscach tych przegródki międzypęcherzykowe są w wysokim stopniu ścieńczałe. W częściach głębiej położonych, więcej od opłucnej oddalonych, również jest silne nastrzykanie naczyń włosowatych i większych, tak tętniczych, jak i żylnych, bez charakteru jednak skrzepowego. — W tych centralnych częściach tego płuca znajdujemy nieliczne wylewy krwi do światła pęcherzyków, w niektórych miejscach pęcherzyki są pozapadane, puste lub wypełnione złuszczonymi nabłonkami. Oskrzela są drożne, często o szerokiem świetle, wysłane dobrze utrzymanym nabłonkiem, w niektórych jednak miejscach nabłonek poodpadał, wykazuje też nieraz wakuolizacyę. Warstwa mięsna i chrząstki oskrzeli zmian widocznych nie okazują.

b) Płat dolny płuca lewego (tętnica podwiązana).

Na opłucnej złogi włóknika; opłucna przeważnie pozbawiona śródbłonka; wśród złogów grubobeleczkowego włóknika, zwłaszcza na jego powierzchni, znajdują się nagromadzenia ciałek białych, jednojądrzastych i wielojądrzastych. Naczynia krwionośne porozszerzane i przekrwione, miejscami opłucna wprost jednostajnie naciekła krwią, lub też pod opłucną spotyka się rozległe wylewy krwawe, z zupełnem zniszczeniem miąższu płucnego. W innych miejscach pod opłucną prócz silnego nastrzykania naczyń znajduje się między niemi tkanka nieco obrzękła i dość obficie komórkowa, składająca się przeważnie z komórek wydłużonych, wrzecionowatych, o charakterze fibroblastów, prócz tego porozrzucane ciałka białe wielojądrzaste. Istota międzykomórkowa jest delikatnie włókienkowa, obrzękła, a wśród niej gdzieniegdzie wolno leżące, rozpadające się i utrzymane ciałka czerwone. Utkanie płuca jest prawie całkowicie zniesione, trudno dopatrzeć się przegród i samych pęcherzyków; w miejscu ich, prócz rozległych wylewów krwawych, znajdują się rozległe części obumarłe. W innych miejscach znów w miejscu miąższu spotykamy bardzo obfite nacieki ciałek białych, przeważnie wielojądrzastych. Naczynia krwionośne, o ile są widoczne i utrzymane, wypełnione są krwią częściowo skrzepłą, lub wprost skrzepami białymi lub mieszanymi, a zawsze porozszerzane. — Oskrzela, o dobrze utrzymanym nabłonku i dalszych warstwach, szerokie, wypełnione są przeważnie treścią jednostajną, silnie barwiącą się eozyną, wśród której ciałka czerwone utrzymane lub rozpadłe i liczne ciałka białe, przeważnie wielojądrzaste

Tkanka łączna okołooskrzelowa i koło większych naczyń silnie naciekła krwią, wykazuje obrzęk.

Résumé: W płucu z tętnicą podwiązaną, włóknikowe zapalenie opłucnej, z naciekami drobno-komórkowymi w opłucnej i rozległymi wylewami krwawymi. Pod opłucną silnie rozwinięta, obficie komórkowa tkanka z naciekami drobnokomórkowymi i komórkami włóknotwórczemi.

W częściach głębszych rozległa martwica, z zupełnie zatartem utkaniem płuc i wylewami krwawymi. Tkanka łączna koło dużych naczyń i oskrzeli utrzymana, naciekła często drobnokomórkowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiewiórowe zwężenie czasowe

(retrecissement temporaire).

podał

Dr. Karol Poliwka (Stanisławów).

Lękliwi i troskliwi o swą przyszłość chorzy, świadomi ciężkości wiewióra, nieraz zadają pytanie lekarzowi, czy choroba długo potrwa i czy nie pozostawi następstw. Odpowiedź na to niezawsze jest możliwa, choć bardzo pożądana tak dla chorego, jak i dla lekarza. Ileż razy uchronilibyśmy się od niesłusznych wyrzutów złego leczenia lub t. zw. »przedłużania«, ileż razy uchronilibyśmy chorego od powikłań, mogąc mu powiedzieć odrazu, że choroba ma skłonność do powikłań i przeciągania się. W szeregu jednak przypadków wiewióra o jednakowem nasileniu zapalenia i przy jednakowem stosowaniu środków leczniczych nietrudno stwierdzić ciekawy fakt szybkiego przebiegu u jednych chorych, a długiego trwania choroby z powikłaniami u drugich. Odsetek wyleczenia wiewióra do 6 tygodni oceniam według mojego doświadczenia na 70%, a reszta chorych tuła się po lekarzach, ciągle to się lecząc, to zaprzestając leczenia i szerząc zdanie, że wiewiór jest chorobą upartą, nieuleczalną. Tajemnica tej uporności wiewióra oprócz przytaczanych często przyczyn, jak: jadowitości zarazka, małej odporności ustroju i t. d., leży głównie w budowie cewki. Cewka moczowa zasiana jest u jednych więcej, u drugich mniej gruczołkami Littrégo i zatokami Morgagniego. Zatoki są tylko w zwisającej części cewki (pars pendula), i to w przedniej stronie cewki, t. j. przykrytej ciałami jamistemi, gruczoły Morgagniego są rozsiane nierównomiernie wzdłuż całej cewki. Jedne z tych gruczołów są płytkie, małe, drugie sięgają korkociągowato aż do warstwy mięsnej cewki. Ujście ich jest zawsze małe, wązkie, w stanie prawidłowym przedstawiające się w uretroskopie jak otworek po ukłuciu szpilki. Zajęcie zapalne tych gruczołów odgrywać musi bardzo ważną rolę w leczeniu z następujących powodów:

1) Gruczoły te chronią dwoinki przed działaniem środków leczniczych. Płyny lecznicze wskutek wązkości ujścia nie mogą dostać się do światła gruczołu. Próbowałem rozczynów alkoholowych 50%; nie wiodło to do celu, rozczyny te zbytnio bowiem drażnią.

2) Zajęcie zapalne gruczołów wiedzie z początku do czasowych zwężeń cewki w tem miejscu, gdzie cewka jest najwęższa, t. j. w części jamistej. Przypomnę, że kaliber tej części cewki wynosi 30° skali Charriera, w części błoniastej 35°; w części opuszkowej i krokowej cewka jest najszersza, 45°. Łatwo pojąć, że kanał o średnicy 1 cm. (30° Charriera = 1 cm.) wskutek obrzęku zapalnego, zwłaszcza w otoczeniu gruczołu, może się zwęzić nawet do połowy. Istnienie takiego zwężenia przy obecności bakteryi w cewce musi mieć wielkie znaczenie w szerzeniu choroby na tylne części cewki, zwłaszcza co do bakteryi, nie mających własnych czynnych ruchów, (jak właśnie dwoinki wiewiórowe).

W przeciwieństwie do dobrze znanych stałych zwężeń pozapalnych, na te zwężenia zapalne nie zwracano dotychczas należytej uwagi ze względu na przeciwwskazane badanie jakiemkolwiek narzędziem w okresie ostrego zapalenia.

Zwężenia te badałem ostrożnie po odpowiedniem przygotowaniu, a mianowicie: Po jednorazowem dziennie przepłukaniu w ciągu 2—5 dni wprowadzałem zgłębnik Beniqué, obmacując cewkę tak, jak uczy Motz, a następnie mierzyłem kaliber cewki zgłębnikiem gałkowatym (bougie à boule) Guyona. Obmacywanie wykazuje w wielu przypadkach (do 30%) nacieki od wielkości prosa do wielkości soczewicy lub jednostajne zgrubienie cewki, zgłębnik zaś zwężenie od 2—5 stopni skali Charriera. Badanie jest zwykle bardzo bolesne.

Prócz objawów przedmiotowych są często objawy podmiotowe. Chory skarży się w miejscu ucisku gruczołów na stałe bóle i pieczenie i pewnego rodzaju zawadzanie.

O wpływie szkodliwym tych zwężeń wnosiłem z początku z przypadków, zgłaszających się do mnie już z powikłaniami, i z wywiadów, bardzo charakterystycznych dla nagłego pogarszania i rozszerzania się choroby, a następnie ze spostrzeżeń w przebiegu leczenia chorych od początku ich choroby. Przytaczanie historyi tych przypadków uważam za zbyteczne.

Jakie powinno być zachowanie się lekarza wobec tych zwężeń zapalnych? Bardzo proste. Przedewszystkiem należy uprzedzić chorego co do możliwych powikłań i długości trwania choroby. Leczenie najlepsze jest mojem zdaniem następujące: 1) Leżenie w łóżku lub ograniczenie pracy zawodowej, ile tylko można. 2) Wzmożenie oddawania moczu. Chory powinien oddawać mocz co $2^1/_2$ godziny, starać się nigdy moczu nie zatrzymywać przy najmniejszem parciu. Po moczeniu wypróżnić cewkę lekkim uciskiem od tyłu ku przodowi 3) Zażywanie środków odkażających, a w razie bólów środki balsamiczne. — Leczenie miejscowe doraźne zwykle jest szkodliwe lub bez skutku. Po 2-tygodniowem przeczekaniu przemywanie cewkowo-pęcherzowe Janeta jest bardzo skuteczne. Leczenie miejscowe bardzo słabymi rozczynami można stosować, jeżeli zwężenie nie znajduje się blizko końca cewki. Nacieki wyciskam na zgłębniku Beniqué w 4—5. tygodniu choroby przy zupełnej czystości moczu

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 31 marca 1914 r.

1) F. Malinowski przedstawił przypadek **znamienia naczyniowego skóry** (naevus vasculosus), obejmującego prawie całą lewą połowę głowy, **leczony radem** z wynikiem bardzo dodatnim.

2) J. Wiśniewski przedstawił przypadek **szankra twardego na wardze** dolnej ust.

3) E. Lewenstern przedstawił przypadek **mięsaka barwikowego** (melanosarcoma).

4) F. Malinowski: **O grzybicach skóry.** Prelegent zbadał w ciągu 5 lat 165 przypadków cierpień skórnych o charakterze przeważnie wypryskowym, które już ze względu na swój obraz i ostre ograniczenie, niezmierną uporczywość, nasuwały podejrzenie w kierunku pochodzenia pasorzytowego. W 53 przypadkach badanie bakteryologiczne dało wynik dodatni. W siedmiu przypadkach

wykryto achorion Schönleini, w 18 — trichophyton tonsurans, w 12 oidium immitis, w 3 — blastomycetes, w — 6 sporotrichum Beurmanna, w 3 — sporotrichum Gougerota, w 1 aspergillus fumigatus, aspergillus niger, mucor mucedo i dispora, oraz wielokrotnie różnorodne pleśnie z grupy penicillium. Grzybki, powyżej wymienione, w znacznej części były uważane dotychczas za chorobotwórcze, inne zaś jedynie za saprofity. Niektóre spotykano bardzo rzadko w zmianach skóry, aczkolwiek często się zdarzają się w naturze. Jaką rolę znalezione grzybki odgrywały w cierpieniach skóry, nie może prelegent kategorycznie powiedzieć. W wielu razach ze względu na stałe spotykanie, i to w głębszych warstwach naskórka, jednego i tego samego pasorzyta w tym samym przypadku możnaby przypuścić, iż miał on znaczenie chorobotwórcze, być jednak może, iż tylko podsycał cierpienie, wywołane przez inną przyczynę, a nawet w poszczególnych razach znalazł się przypadkowo. Ze względu na materyał ambulatoryjnyjny, a więc przypadkowy i niestały, nie mógł prelegent stosować odczynów biologicznych, któreby rzuciły więcej światła na tę sprawę.

5) W. Męczkowski: **O rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznem krwotoków wewnątrzczaszkowych.** Prelegent rozpatruje wszelkie wylewy do jamy czaszkowej: samoistne, urazowe, z wyłączeniem ran postrzałowych i otwartych złamań czaszki. Pod względem klinicznym krwotok posiada pewną samoistność, t. j. w większości przypadków można orzec, że w danym razie zaszedł w jamie czaszkowej wylew. Po rozpatrzeniu następstw fizyologicznych krwotoków wewnątrzczaszkowych, dzieli je prelegent na oponowe i wewnątrzmózgowe. Podziału wylewów oponowych na podoponowe i nadoponowe oraz podpajęczynówkowe nie można wyodrębnić w klinice. Ze względów leczniczych przedewszystkiem ważne jest ścisłe rozpoznanie i określenie miejsca krwotoku. W tym celu niezbędne będzie uwzględnienie czynników, wywołujących wylewy oponowe i wewnątrzczaszkowe. Uwzględniając czynnik etyologiczny, fizyologiczne następstwa krwotoku, polegające głównie na wystąpieniu nagłego wzmożenia ciśnienia i ostrego ucisku mózgu, a wreszcie objawy ogniskowe, zależne od miejsca wylewu, w większości przypadków można wylew odróżnić od licznego szeregu innych cierpień mózgu i wogóle ustalić fakt krwotoku wewnątrz czaszki. Następnie również w większości przypadków można ustalić, czy krwotok jest oponowy, czy też wewnątrzoponowy. Natomiast rzadko tylko można odróżnić klinicznie krwotok nadoponowy od podoponowego. W wylewach oponowych zabieg chirurgiczny (trepanacya): 1) usuwa odłamy kostne, uciskające korę, 2) usuwa wylewy krwawe nad oponą lub pod nią, 3) tamuje dalszy krwotok przez podwiązanie naczynia, 4) zmniejsza ciśnienie. Najważniejszem wskazaniem do zabiegu są objawy podrażnienia. Inne objawy ogniskowe mniejsze mają znaczenie, gdyż mogą zależeć od drobnego krwawienia, którego chirurg nie może opanować, a w którym może nastąpić samorodne wyleczenie. Jeżeli zaś objawy ogniskowe zależą od większego krwotoku, to wcześniej, czy później wystąpią objawy podrażnienia i nastąpi chwila odpowiednia dla zabiegu. W krwotokach wewnątrzoponowych, w udarze, rzecz się ma inaczej; tutaj materyał kliniczny do zabiegu chirurgicznego jest ubogi, a wniosków ogólnych tymczasem wyprowadzić jeszcze nie można. W ciężkich przypadkach udaru, kiedy nie mamy nadziei, by się wylew wessał, przez zabieg możnaby usunąć wylaną krew, zapobiedz zniszczeniu tkanki otaczającej i ciężkim następstwom wylewu. Wyniki prób dotychczasowych w każdym razie nie mogą zniechęcać. Zejście śmiertelne w większości przypadków zależało od wtórnych powikłań (zapaleń płuc). Niebezpieczeństwa zabiegu nie są większe, niż przy operacyach w innych sprawach mózgowych. Ponieważ w okresie prób trudno mówić o określonych wskazaniach, przeto najprzód byłoby właściwiej przedstawić przeciwwskazania. Do tych należą: 1) lekkie przypadki udaru, w których można oczekiwać samowyleczenia, 2) przypadki, w których wylew nastąpił w okolicach niedostępnych dla chirurga: w szypułce, moście, rdzeniu przedłużonym, 3) ciężkie przypadki wylewu do komór, 4) liczne ogniska krwotoczne. 5) przypadki, w których krwotok powstał na tle cierpienia, wywołującego ogólny ciężki stan chorego (cierpienia nerek i serca). Co się tyczy wskazań, to w dotychczasowych próbach upatrywano je w przypadkach udaru z porażeniem połowiczem, gdzie niema wylewu do komor i gdzie jest śpiączka bez skłonności do poprawy, powtóre zaś w przypadkach wylewu w tkance podkorowej. Oprócz trepanacyi i bezpośredniego przedostania się do ogniska krwotocznego, należałoby mieć na względzie nakłucie komorowe Neisser-Pollacka, zabieg o wiele niewinniejszy, który może mieć ważne znaczenie nietylko rozpoznawcze, ale i lecznicze. Obecnie, nie przesądzając sprawy, możnaby powiedzieć, że metoda stosowania zabiegów chirurgicznych w krwotokach wewnątrzmózgowych zasługuje na podjęcie prób w celu zdobycia doświadczenia i możności czynienia wniosków ogólnych.

Posiedzenie kliniczne z d. 7 kwietnia 1914 r.

1) Sławiński Z.: **O rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznem krwotoków wewnątrzczaszkowych.** Prelegent rozpatrzył wskazania operacyjne w krwotokach mózgowych i podoponowych u noworodków, pomijając wylewy urazowe u dorosłych. Wylewy podoponowe stanowić mogą u noworodków podłoże takich cierpień, jak padaczka, porażenia kurczowe, niedołęstwo umysłowe, poza tem w $^1/_3$ przypadków są przyczyną zamartwicy porodowej. Źródłem krwotoku są zazwyczaj pewne dopływy żylne zatoki podłużnej, pękające wskutek przesuwania się wzajemnego kości ciemieniowych podczas porodu. Wylew powstaje wówczas na półkulach. Pękać mogą i inne żyły, zwłaszcza przebiegające w namiocie móżdżkowym, i wtedy krwiak zbiera się dookoła móżdżku, opuszki i na podstawie. Wynika stąd podział na wylewy podnamiotowe i nadnamiotowe (albo podstawy i półkul). Nowsze zestawienia sekcyjne wykrywają wylewy w 12% wszystkich sekcyi noworodków. W wylewach nadnamiotowych przeważają objawy padaczkowe, w podnamiotowych — opuszkowe i rdzeniowe; objawy padaczkowe powstawać mogą w kilka godzin, a nawet w kilka dni po urodzeniu. S. przytacza z literatury opisy kilku operowanych przypadków: śmiertelność przekracza jeszcze 50%; w spostrzeganym przez S. przypadku śmierć nastąpiła przed zgodą rodziców na operacyę. Nakłucie rdzeniowe dostarcza cennych danych rozpoznawczych i ma nawet wartość leczniczą w wylewach podoponowych i w krwiakach półkuli, nakłucie ciemiączek nie zapewnia opróżnienia krwi skrzepłej, ani jej nie wykrywa i dlatego zalecana jest przeważnie w tych razach trepanacya na brzegu ciemiączka. — Następnie S. przedstawił i uzasadnił próby leczenia operacyjnego udaru mózgowego. Wylew krwi do mózgu jest w tej sprawie zjawiskiem, zależnem od schorzenia naczyń krwionośnych, pękających od nieznacznego nawet wzmożenia ciśnienia krwi. Źródło krwotoku uważać można za ustalone anatomicznie i topograficznie; krwiak jest zwykle pojedynczy, wyraźnie ograniczony i umiejscowiony. Przypuszczać wolno, że tkanka mózgowa nie zostaje zniszczona przez sam wylew, lecz raczej ulega zanikowi wskutek ucisku krwiaka, krwiak wywołuje odczynowe zwiększenie płynu mózgowego, oraz obrzęk mózgu; tym zjawiskom następczym, więcej niż uciskowi samego krwiaka, przypisać należy wzmożenie ciśnienia. Dotychczasowe próby leczenia operacyjnego udaru mózgowego, którym dał początek, jak się zdaje, Cushing, polegały na usunięciu krwiaków przez trepanacyę. Po usunięciu opony twardej wprowadzano igłę tępą w kierunku torebki wewnętrznej poprzez wierzchołek jednego z zakrętów mózgowych; po natrafieniu na skrzep rozszerzano drogę na tępo, a skrzep wylaniał się sam przez się. Najtrudniejszą część zabiegu stanowi opanowanie wzmo-

żonego ciśnienia i napięcia mózgu; ułatwia to sposób trepanacyi Cushinga pod usuniętym tylko mięśniem skroniowym. Operowani w ten sposób trzej chorzy zmarli wskutek powikłań płucnych, czwarty wyzdrowiał; w piśmiennictwie istnieją nadto dwa opisy zabiegu z zejściem pomyślnem w istotnym udarze mózgowym. S. przytacza inne opisy wylewów urazowych, błędnie za samorodne podanych. Metoda operacyjna nie jest jeszcze ustalona. Nakłucie mózgowe nie zawsze wiedzie do rozpoznania, może bowiem nie wykryć skrzepu, chyba, że zabieg zostanie zastosowany przed skrzepnięciem wylewu. Przekonanie o możliwości pomocy operacyjnej wytworzy z czasem uznanie jej potrzeby w pewnych przypadkach; częstsze operowanie przyczyni się do ustalenia wskazań, techniki i rozpoznania.

W dyskusyi nad odczytem Męczkowskiego i Sławińskiego: a) Jaworski porusza sprawę uszkodzeń, względnie krwotoków czaszkowych noworodków, urodzonych samoistnie, bez operacyi; u noworodków takich podczas porodu następują krwotoki, głównie podoponowe, bez wątpienia częściej, niż to bywa rozpoznawane. Jaworski wykazał, że $^1/_3$ liczby ogólnych porażeń mózgowych pozostaje w zależności przyczynowej od ciężkiego porodu, a w po wstawaniu wogóle postaci pląsawiczych w $^1/_4$ przypadków (podług Freuda) odgrywa pewną rolę poród, gdy dziecko rodzi się w stanie omdlenia. To też zdaniem mowcy przybywa dla położników nowe wskazanie do użycia kleszczy przy przedłużającym się porodzie, a jest nim wzgląd na zdrowie dziecka, niebezpieczeństwo powstania chorób ośrodków nerwowych dziecka z ich następstwami. Oznaką niebezpieczeństwa, obok słabnącego tętna, ustania ruchów płodu, zniesienia odruchów skórnych, będą: zbyt długo trwające już po odejściu wód bóle porodowe i nader szybko wzrastające przedgłowie.

b) Gajkiewicz jest tego zdania, że o ile zabieg chirurgiczny będzie wskazany prawie w każdym przypadku krwotoku zewnątrzmózgowego, o tyle w krwotokach wewnątrzmózgowych może być zastosowany w wyjątkowych tylko przypadkach.

c) Higier sądzi, że rękoczyn może być wskazany przedewszystkiem w przypadkach udaru nader ciężkich, wiodących w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

d) Wł. Janowski zapytuje, czy istnieją dokładniejsze badania, dowodzące, że krzepliwość krwi zmniejsza się po przystawieniu choremu kilku pijawek; osobiście uważa takie twierdzenie za bezpodstawne. Niewątpliwie jednak upust krwi, zastosowany szybko, wpłynąć może pomyślnie na przebieg choroby w przypadkach udaru mózgowego, o ile wylew nie był wogóle zbyt wielki. Co do przyszłości stosowania zabiegów chirurgicznych w udarze, J. podziela pogląd Gajkiewicza.

e) Kopczyński St. na mocy własnych spostrzeżeń twierdzi, że mechaniczne uszkodzenia główki dziecka, zwłaszcza podczas ciężkich porodów u pierwiastek, odbijają się fatalnie w dalszym psychicznym rozwoju niemowlęcia. Co się tyczy wskazań do zabiegu operacyjnego podczas udarów u dorosłych, to zaliczyłby tu przypadki wylewów krwawych do komory trzeciej i dalszych komór mózgowych, które zazwyczaj są śmiertelne.

f) Krauze wyraża zdanie, że zabiegi chirurgiczne nie mają przyszłości w krwotokach wewnątrzczaszkowych, gdyż dekompresya nic nie pomoże tam, gdzie wylewy są drobne, gdzie zaś są duże, tam najczęściej trepanacya jest przeciwwskazana ze względu na objawy ogólne.

g) Trzciński zaznacza, że rozpoznanie różniczkowe między zakrzepem pochodzenia przymiotowego a krwiakiem jest niekiedy wprost niemożliwe (brak danych wywiadowych). Krwiak śródmózgowy jest najczęściej objawem wtórnym zwyrodnienia ścian naczyniowych, a zabieg chirurgiczny nie da wyniku praktycznego wobec możliwości nowego krwotoku.

h) Męczkowski sądzi, że pesymizm poprzednich mowców co do zabiegów chirurgicznych w krwotokach wewnątrzczaszkowych jest nieusprawiedliwiony. Podobny pesymizm panował przed 20 laty co do leczenia chirurgicznego nowotworów mózgu, obecnie nowotwory operuje się coraz częściej. Trzcińskiemu M. odpowiada, iż obecnie zapatrywania na patogenezę i przebieg wylewów wewnątrzmózgowych są inne, niż dawniej. Według badań Lewandowskyego w 50% przypadków wylewów krew nie krzepnie, lecz pozostaje miesiącami w stanie ciekłym, więc zabieg chirurgiczny nieraz byłby zupełnie usprawiedliwiony. Często wylew zdarza się u osób młodych, u których naczynia są jeszcze na ogół zdrowe, więc przeciwwskazania zabiegu ze względu na stan ogólny nie są tak częste. Janowskiemu M. odpowiada, że wszelkie upusty krwi pod czas udaru mózgowego są szkodliwe, gdyż upust z żyły umniejsza ciśnienie obwodowe, które jest aktem samoobrony, pożądanym w krwotokach wewnątrzczaszkowych. Przystawienie pijawek może być czasem potrzebne, gdyż usuwa zastój żylny. Krauzemu M. odpowiada, że dekompresya może być potrzebna i w małych wylewach, gdyż często i mały wylew wywołuje duże zmiany.

i) Sławiński omawia szczegóły techniczne zabiegów chirurgicznych w krwotokach wewnątrzczaszkowych, podnosząc fakt, że często zabiegi te nie przedstawiają zbyt wielkiej trudności. Dodaje, że wskazania do trepanacyi w przypadkach n. p. drgawek są obecnie coraz częstsze i łatwiej dają się wykonywać.

Posiedzenie kliniczne z d. 21. kwietnia 1914 r.

1) Hewelke O. przedstawił przypadek **tętniaka aorty** u kobiety 60-letniej.

2) K. Miszewski: **Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do chorób umysłowych.** Zapomocą metody dializacyjnej zbadano surowicę 85 chorych (prób 240), zapomocą metody optycznej 9 przypadków porażenia postępującego (chorzy z zakładu w Drewnicy). Wnioski prelegenta są następujące: W przeważającej większości przypadków otępienia wczesnego surowica krwi posiada własność trawienia białka narządów płciowych, następnie białka tarczycy, oraz w późniejszym okresie otępienia — białka kory mózgowej. W psychozie depresyjno-maniakalnej, bez względu na okres choroby, surowica nie posiada własności trawienia substancyi mózgowej. A więc metoda Abderhaldena może być pomocną dla różniczkowania powyższych chorób umysłowych. W przypadkach padaczki przemianie białka ulega tarczyca, narządy płciowe, a przy objawach otępienia i białko kory mózgowej. W porażeniu postępującem podlega trawieniu białko kory mózgowej, wątroby kiłowej, oraz niektórych innych narządów, prawdopodobnie również dotkniętych kiłą. Surowica osób zdrowych nie wywołuje widocznych zmian w żadnym z badanych narządów. Na zasadzie wniosków powyższych oraz wniosków zbliżonych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, wyrażano nadzieję, iż metoda Abderhaldena, wykrywając zaburzenia w poszczególnych narządach i pogłębiając dotychczasowe poglądy na przyczyny powstawania chorób umysłowych, ułatwi, być może, w niedalekiej przyszłości sposoby zwalczania tych przyczyn.

W dyskusyi: a) Pręgowski zarzuca, że zbadano zbyt mało przypadków psychozy okresowej, aby módz wyprowadzić ogólniejsze wnioski, że prelegent zbyt ogólnikowo mówił o odczynie Abderhaldena w otępieniu wczesnem i psychozie okresowej, cierpieniach, mających liczne i odmienne postaci, że mówiąc o odczynie Wassermanna, prelegent nie zaznaczył, czy odczyn ten był stwierdzony we krwi, czy też w płynie mózgowordzeniowym, co ma ważne znaczenie w rozpoznawaniu porażenia postępującego.

b) Miszewski odpowiada, że przypadków otępienia wczesnego nie dzielono, aby zbytnio nie rozdrabniać statystyki, że psychoza była typu przewlekłego, że surowicę badano we wszystkich przypadkach, płyn zaś mózgowordzeniowy w kilkunastu; że podano tylko te przypadki

psychozy depresyjno-maniakalnej, które nie przedstawiały wątpliwości co do rozpoznania klinicznego.

3) Luxenburg: **Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do rozpoznawania kiły.** Do doświadczeń swych prelegent użył krwi osób, które świeżo nabyły kiły z wykwitami skórnymi; krew poddawał odwłóknieniu, przypuszczając, że krętki blade dadzą się uchwycić w nici włóknika. Otrzymamy włóknik pozbawiał całkowicie krwi zapomocą przemywania i wyciskania szczypczykami i wygotowywał, póki próba ninhydrynowa wypadała ujemnie. Na tak przygotowane podłoże działał surowicą, w której miała być dowiedziona obecność zaczynów, rozszczepiających białko ciał krętków. Innemi słowy, chodziło prelegentowi o przekonanie się, czy surowica (s) kiłowa (l) da z włóknikiem (f) kiłowym wynik dodatni, a surowica nie kiłowa (nl) z tymże włóknikiem wynik ujemny. Poza tem robił następujące zestawienia: s nl z fl i sl z f nl, wreszcie kontrole samej s nl i s nl. Zarówno krew, wziętą na włóknik, jak i krew, której surowica badana była co do zaczynów, poddawał próbie Wassermanna. Doświadczenia wykonywał wyłącznie metodą dializacyjną Abderhaldena. Wynik dotychczasowy z 14 doświadczeń prelegent streszcza w sposób następujący. Surowica krwi niedawno chorego (w II. okresie) na kiłę daje przy dializowaniu metodą Abderhaldena z włóknikiem krwi również niedawno na kiłę chorego wynik dodatni, gdy surowica niekiłowa daje wynik ujemny. W szeregu powyższych doświadczeń należy zaznaczyć wybitny wynik dodatni w przypadku rozwiniętego porażenia postępującego (odczyn Wasermanna był dodatni we krwi) oraz w przypadku kiły, w którym przed $1^1/_2$ rokiem dokonano 3 wlewań neosalwarsanu i 15 wstrzyknięć rtęciowych, a odczyn Wassermanna dał wynik ujemny.

Nie czyniąc daleko idących wniosków w sprawie klinicznego znaczenia metody Abderhaldena, stosowanej w sposób powyższy, L. sądzi, że przytoczone wyniki upoważniają do dalszych prac w tym kierunku. T. Borzęcki.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 28. VI. b. r. posiedzenie, na którem prof. Lewkowicz miał wykład o leczeniu nagminnego zapalenia opon namózgowemi wstrzykiwaniami surowicy, a w d. 5. VII. b. r. posiedzenie, na którem Dr Wespański miał wykład o leczeniu duru szczepionką Vincenta, Dr Adam Kramarzyński zaś podał przyczynek do dyagnostyki paratyfusu.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Wojciech Wydra z Rozwadowa w Galicyi.

— Z 334 lekarzy krakowskich pozostało obecnie 143; do służby wojskowej powołano bowiem 183, a 6 zmarło w r. 1915/6.

Lwów. Doc. Dr Maryan Franke otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

— Prof. Dr Antoni Mars donosi nam ze Lwowa, że fundusz Towarzystwa ginekologów polskich, jaki przed wojną był zebrany w łącznej kwocie 890 K 02 h., złożył do Galicyjskiej Kasy oszczędności we Lwowie na książeczkę wkładkową Nr 33616 wraz z pomienioną książeczką do dyspozycyi każdoczesnego prezesa Towarzystwa ginekologów polskich.

Z różnych stron. Z Genewy donoszą: Ciało uniwersyteckie w Genewie urządziło w Palais Eynard manifestacyjną uroczystość dla uczczenia profesora Laskowskiego, wykładającego przeszło lat czterdzieści. W uroczystości brało udział całe gremium profesorskie, oraz różne delegacye miejskie. Jako pierwszy zabrał głos prof. Prevost, podkreślając motywy, skłaniające do uczczenia sędziwego profesora, wycofującego się z dotychczasowej działalności z powodu podeszłego wieku i starganych w pracy sił. Kolejno zabierali głos profesorowie Oltramare, d'Espine, Fehfous, Dr Lardy, profesor Fehr, dziekan Wydziału medycyny Cristiani i wielu innych. W imieniu przyjaciół profesora Laskowskiego, kolegów. i studentów złożył p. Eternod pięknie wykonany medalion Jubilatowi. Medalion ten jest dziełem Carezettiego. Profesor Laskowski dziękował za objawy sympatyi i zaznaczył, że tego żywego objawu sympatyi pragnął uniknąć ze względu na smutne czasy obecne. Po przemówieniach okolicznościowych nastąpiła wspólna wieczerza, podczas której wznoszono wiele toastów na cześć naszego zasłużonego rodaka.

— Radca Dr Fr. Chłapowski z Poznania ordynuje w tym sezonie w Kissingen (Villa Quo vadis).

Zmarli: Dr Maciejewski w Kissingen; Dr Chęciński, były prosektor uniwersytetu odeskiego, w Kijowie;
okulista prof. Goldzieher w Peszcie.

Redakcya otrzymała: Adamkiewicz: Abrechnung und Entlarvung. (Odbitka z »Der Forscher«) Hannover 1916. — Serkowski: 1) Epidemiologia i profilaktyka cholery. Wydanie III uzupełnione. Warszawa 1915, stron 308, oraz 2), 3), 4) osobne odbitki z rozdziału IV, V, VII i VIII tej książki. 5)—8) Prace z laboratoryum Dr Serkowskiego, wydane przez Warsz. Tow. nauk.: Kraszewski: Wapno i magnezya w pożywieniu klas robotniczych; Serkowski: Wpływ czynników fizyko-chemicznych na zjawisko precypitacyi i aglutynacyi; oraz: Badania nad katalazą bakteryjną: Sachnowski: »Gnilne miano«, wskaźnik zanieczyszczenia i zakażenia wód. 9) Serkowski: Sanitarna analiza mleka (odb. »Zdrowie«). 10) Serkowski: Bacillus s. granulobacillus putrif. nov. sp. (odb. »Centr. f. Bakt.« 1914).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.

Gazeta lek. 1916, Nr 21—26. S. p. Wacław Mayzel. (Wspomnienie pośmiertne) (21). — Kotarski: Spostrzeżenia nad nieszczęśliwymi wypadkami od prądu elektrycznego (21—22). — Kowalski (dok. 21). — Kammant: Rzadki przypadek przepukliny pachwinowej (22). — Osiński: Szczepionki zapobiegawcze przeciw durowi brzusznemu (23—26). — Rosiewicz: Odczyn opaskowy w tyfusie wysypkowym (23). — Pański: Dwa przypadki choroby Basedowa w następstwie kontuzyi (24). — Malinowski: Znaczenie rozpoznawcze i lecznicze szczepionek rzeżączkowych u kobiet (25).

Medycyna i Kronika lekarska 1916. Nr 1—28: Cetnarowicz: Ś. p. prof. B. Wicherkiewicz (1). — Goldflam: W sprawie utraty wzroku skutkiem zatrucia wyskokiem metylowym (1—2).— A. Zawadzki: Rany postrzałowe rdzenia (2—3). — Korybut-Daszkiewicz: Ś. p. M. Jakubowski (3). — Urstein: O chorobach umysłowych, spowodowanych przez wojnę (4). — W. Biehler: O wynicowaniu pęcherza moczowego (5—6). — Szymański: Ś. p. T. Boryssowicz (6). — Zakrzewski: Praktyczny sposób przygotowywania ketgutu (7). — W. Biehler: Przypadek ciała obcego w stopie (7). — Szwajcer: Z epidemiologii i profilaktyki duru wysypkowego (8—9). — Bychowski: W sprawie pewnych objawów nerwowych na skutek ran postrzałowych czaszki (9). — Guranowski: Ś. p. Karol Benni (10). — M. Biehler: Żywienie niemowląt mlekiem suchem (10—11). — Srebrny: Henryk Fidler (wspomnienie pozgonne) (11). — Alf. Sokołowski: O ważniejszych błędach rozpoznawczych w dziedzinie chorób dróg oddechowych (12). — St. Orłowski: Przyczynek do oceny materyału psychopatologicznego z wojny obecnej (13). — Kościński: Przypadek zgorzeli narządów płciowych zewn. (14). — Gantz: Ciała obce w górnym odcinku dróg pokarmowych (15—17). — Karwacki i Krakowska: Wpływ niektórych ciał koloidalnych na rozwój laseczników durowych i rzekomodurowych (16). — Jul. Kramsztyk: W sprawie żywienia niemowląt i małych dzieci (17—18). — Orłowski: W sprawie psychoz urazowych (18—21). — Hertz: Wycięcie migdałów podniebiennych czy ich wyłuszczenie u dzieci? (19—20). — Kramsztyk Zygmunt: Wacław Mayzel (wspomnienie pośmiertne) (20). — Srebrny: Laryngitis ventricularis hyperplastica (21—24). — Higier: Równoważnik porażenny padaczki samoistnej w postaci stanu porażennego połowiczego (22). — Kaczyński: Z kazuistyki niedrożności jelit (24). — Wł. Sterling: O zapaleniu rdzenia, jako następstwie drętwicy karku (23—28). — Kopytowski: Przyczynek do leczenia liszaja czerwonego (25). — Stabholz: Przyczynek do kazuistyki wewnętrznego uwięźnięcia jelit (26). — Srebrny: Ś. p. prof. Pieniążek (27). — Kraskowski: Parę uwag o tyfusie brzusznym i paratyfusach A i B. (27).

Nowiny lekarskie 1916, Z. 1—2: Chłapowski: Ś. p. Bolesław Wicherkiewicz — St. Szuman: Psychiczne objawy porażenia postępującego. — Z. Dziembowski jr.: O rozwolnieniu, pochodzącem ze zachorzeń żołądkowych. — Nowakowski: Przyczynek do zwalczania zapadów u chorych po wielkich utratach krwi.— K. Dziembowski sen.: Pogląd krytyczny na naukę o rozpoznawaniu i leczeniu przewlekłych zachorzeń stawów ze stanowiska internisty. — A. Karwowski: Kilka uwag o leczeniu świerzbu. — Dziembowski jun.: Drżączka poraźna we wieku młodzieńczym. — Bednarski: Przypadek porażenia wszystkich mięśni ocznych i niedowidzenia przy gruzełku przysadki mózgowej. — Grabowski: Przypadek przewlekłego ropnia płatu skroniowego

Zdrowie, Zesz. 4—7. Artykuł wstępny (w sprawie wyludnienia i opieki nad dziećmi) (4). — Artykuł wstępny z powodu 3 Maja (5). — Adamski: Stan sanitarny mieszkań stróżów w Warszawie (4—5). — Koralewski: Matka i niemowlę (4—5). — Serkowski: Sanitarna analiza mleka (4). — Jaworski: Prawo o miastach oraz sprawy sanitarne w epoce konstytucyi 3 Maja (5—6). — Artykuł wstępny (w sprawie zdrojowisk) (6). — Bączkiewicz: Wychowanie fizyczne młodzieży, jako zadanie społeczne (6—7). — Rosiewicz: Pierwsze przymusowe gromadne szczepienia ospy ochronnej w Łodzi w r. 1915 (7).

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.